



Fisioterapisti

LA NOSTRA VOCE Puglia

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti
Regione Puglia n. 46 (3° Trimestre 2013) - Registrazione c/o il Tribunale di Taranto n 584 del
27.06.01- Spedizione in A.P.-45% art. 2 comma 20/B Legge 662/96 DC/DCI aut. N. 310 del 17.04.01



**LIBERA PROFESSIONE,
LIBERA!**

AIFI C'È



Lo scorso 30 luglio la Direzione Generale delle Professioni Sanitarie ha emanato il Decreto Direttoriale sulla rappresentatività ed ha abilitato le Associazioni delle Professioni Sanitarie autorizzate

a poter svolgere attività di collaborazione istituzionale con il Ministero della Salute nonché con gli organismi e le istituzioni sanitarie. Allo stesso modo, in riferimento alle attività con il Ministero dell'Università, tale provvedimento non è di poco conto considerando che esso riguarda sia la composizione delle commissioni per l'esame di laurea delle professioni sanitarie che la composizione dell'Osservatorio delle Professioni Sanitarie del MIUR.

Per quanto riguarda i Fisioterapisti, possiamo esultare dicendo che **l'AIFI c'è**: il Decreto riconosce, infatti, l'AIFI come unica associazione rappresentativa della categoria professionale. E' senza dubbio questo un titolo privilegiato, che ribadisce il ruolo fondamentale dell'associazione nel mondo della sanità e della riabilitazione, riconoscendone la capacità politica e l'organizzazione sul territorio e confermando quanto già sancito con i precedenti decreti del 2005 e del 2006.

Questo straordinario risultato è certamente oggetto di lusinghe e di orgoglio per noi operatori nel settore, sebbene il contesto in cui viviamo continua ad impedire il processo di sviluppo delle professioni sanitarie, relegate troppo spesso ad un ruolo secondario nel panorama generale della sanità, ostacolandone lo sviluppo e affidando alle future generazioni una realtà livellata verso il basso e, pur se con forte appeal, rischiando di far percepire un generale e dilagante clima di soggiacente e piatta rassegnazione.

L'entusiasmo e lo spirito di sacrificio che da sempre ha caratterizzato la politica professionale nei suoi cinquantaquattro anni di storia associativa sono da ritenere come un input e uno stimolo per le nuove generazioni al fine di continuare ad investire nella crescita professio-

nale, con il precipuo scopo di garantire la rivalutazione delle competenze a garanzia della qualità professionale. Ciò esprime al meglio la nostra funzione istituzionale di tutela e la posizione di garanzia per il cittadino.

Quale sarà la cultura nuova nell'azione politica in ambito professionale? Quali strategie per il futuro? Nostro primario impegno deve essere quello di impegnarci, come da tempo stiamo cercando di fare, ad intensificare la promozione della complementarietà tra le diverse professioni, ciascuna con competenze e peculiarità diverse, culture e storie diverse ma tutte in grado di armonizzare le differenze convergendo verso un unico obiettivo comune: la persona ed i suoi bisogni di salute (ne sono un esempio la costituzione del CoNAPS, la collaborazione con numerose società scientifiche, i GIS di AIFI, l'accordo con i laureati in Scienze Motorie, il protocollo d'intesa tra AIFI Liguria e la FIMMG, l'accordo siglato tra l'AIFI Puglia e l'Associazione Pugliese Direttori e Dirigenti di Distretto Socio-Sanitario (Apudid Card Puglia, associata a Card Italia).

Del resto, anche a livello internazionale, la World Health Professions Alliance (WHPA) ha richiesto all'OMS un maggiore impegno per la collaborazione tra le professioni al fine di promuovere politiche sanitarie e sociali in cui team multidisciplinari si prendano carico del paziente, ribadendo che la collaborazione va promossa, incentivata, coadiuvata, sostenuta. Alla luce di quanto detto, dunque, dove non c'è collaborazione spesso succede che non venga rispettato il campo di azione di ogni specifica professione, invadendolo con vere operazioni di "abusivismo professionale". Per questo motivo è importante promuovere la formazione di una cultura condivisa rispettando le specifiche competenze di ogni professionista in un crescente work in progress per se stessi e per gli altri.

Il Presidente

Dott. FT. Fabio Domenico Mazzeo



“Verifica i tuoi crediti ECM: 2011-2013”

Dott.ssa Ft. Fanelli Rosa Anna, Resp. Uff. Formazione



Caro Collega, se vuoi sapere quanti crediti ECM hai maturato negli anni passati o quali sono i prossimi corsi di formazione, potrai avere risposta visitando il sito dell'age.na.s.

Dal mese di Settembre, sul portale ape.agenas.it, nella sezione dedicata ai professionisti sanitari, è disponibile MyECM : un nuovo servizio dell'age.na.s. per i professionisti sanitari.

Il servizio myEcm mette a disposizione di ogni professionista sanitario una pagina personalizzata, tramite la quale è possibile monitorare comodamente online la propria situazione formativa per quanto riguarda i crediti acquisiti nell'ultimo triennio tramite eventi organizzati dai provider, ed accreditati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

I crediti complessivi, validi ai fini certificativi, sono presenti presso la banca dati del Co.Ge.A.P.S.

Sulla pagina myEcm il professionista può:

- verificare l'ammontare dei crediti E.C.M. suddivisi per anno e tipologia di offerta formativa (formazione a distanza, residenziale, sul campo, assegnati in qualità di Referee);
- consultare un elenco degli eventi formativi per i quali sono stati conseguiti crediti, contenente tutte le informazioni relative a ciascuno di essi;
- verificare lo stato della procedura di assegnazione dei crediti per un singolo evento;
- consultare un elenco di eventi nazionali di prossimo svolgimento, filtrato in maniera automatica dal sistema sulla base delle discipline associate;

Si precisa che “myEcm” è attualmente in fase sperimentale. I crediti visualizzati sono esclusivamente quelli dell'ultimo triennio acquisiti da provider nazionali. L'eventuale assenza di crediti può essere dovuta a dati non visualizzabili per questioni di natura tecnica, connesse alle modalità di trasmissione degli stessi.

Con il servizio “myEcm” il professionista può, inoltre, esprimere la propria opinione su ogni corso frequentato. Il giudizio viene registrato dall'ufficio ECM, in forma rigorosamente anonima, e contribuisce a creare una valutazione dei singoli provider. Questa valutazione sarà successivamente resa pubblica e permetterà sia di facilitare la scelta di eventi di qualità a tutti i professionisti sanitari, sia di premiare il merito dei provider che hanno fornito i servizi migliori.

Si ritiene che, in questo modo, si possa favorire il progresso del sistema E.C.M. nella sua interezza. Una valutazione corretta, quindi, è fondamentale, e raccomandiamo a tutti i professionisti di esprimere la propria opinione, liberamente e con obiettività.

Per accedere a “MyECM” è necessario attivare un account sul portale ape.agenas.it ed effettuare una procedura di registrazione cliccando sul link “registrazione professionisti sanitari”; a ciò seguirà l'invio di una e-mail nella quale sarà indicata la password di accesso al sistema.

Per i dettagli sull'utilizzo di myECM e sulle nuove funzionalità introdotte è consultabile un manuale utente al seguente indirizzo [Manuale Utente myEcm](#).

(Fonte AGENAS)

Segreteria Redazionale:

A.I.FI. - Puglia

Casella Postale 386 - Piazza Umberto I, 33/A - 70121- BARI

Direttore Responsabile: **Vincenzo Italiano**

Comitato di Redazione: **Filippo Maselli
Denis Pennella
Concetta Pesce
Alessandro Rahinò
Alessandro Stasi**

Redattore Capo: **Marco Cordella**

Rappresentante Legale: **Fabio Domenico Mazzeo**

Stampa: **Litografia Ettore
Grottaglie (Taranto)**

LIBERA PROFESSIONE: ATTUALITA' E NUOVI ORIZZONTI

Dott. Ft. S. Guerrieri
Responsabile Regionale Libera Professione



Giuliano Feltre, Giambattista Manganello, Fabio Domenico Mazzeo e Salvatore Guerrieri.

Il 5 ottobre u.s. si è svolto a Bari, presso l'aula "De Blasi", il convegno interregionale Puglia Basilicata sulla libera professione, decimo appuntamento di un lungo tour iniziato nel gennaio scorso e che si concluderà a Roma il prossimo novembre.

Una iniziativa voluta da A.I.Fi. e fortemente perorata dal Responsabile Nazionale della Libera Professione Giuliano Feltre.

A fare gli onori di casa il nostro Presidente Fabio Mazzeo ad interim con il collega lucano (nonché Presidente di A.I.Fi. Basilicata) Tiziano Lacapra.

Dopo i saluti e i ringraziamenti di rito, si è entrati nel vivo del programma con l'intervento del

Responsabile Nazionale che ha portato all'attenzione dei presenti l'importanza dell'affermazione professionale sul territorio della figura del fisioterapista e soprattutto la peculiarità della costituzione di una "rete" a livello regionale di Liberi Professionisti.

A seguire il collega Giambattista Manganello ha illustrato con sapienza (essendone un esperto) i progetti possibili sulla costituzione dei consorzi di studi professionali di fisioterapia e dei fisioterapisti liberi professionisti.

Dopo il coffee break vi è stato il confronto tra la realtà della Libera Professione in Puglia (F.Mazzeo) ed in Basilicata (A. Spera) da cui è emersa una sostanziale differenza tra le due regioni: in Lucania la L.R. 1058 di fatto ostacola la possibilità dell'apertura di studi professionali vincolandoli alla presenza della figura medica, al contrario in Puglia il L.P. non ha tali vincoli se non quelli della D.I.A. (Dichiarazione di Inizio Attività) e la conformità delle infrastrutture.

In conclusione (S. Guerrieri) un veloce, ma opportuno, chiarimento sulla circolare 19/E dell'Agenzia delle Entrate del 01/06/2012 che sancisce definitivamente la detraibilità delle spese fisioterapiche senza alcuna prescrizione medica.

Il convegno (accreditato E.C.M.) ha riscosso





un buon successo sia per il numero di partecipanti (circa 70) che, e soprattutto, per le tematiche di struggente attualità che vedono nella libera professione, nella costituzione di consorzi e nell'accreditamento diretto del fisioterapista, l'impegno e gli obiettivi che l'A.I.Fi. si è proposta nell'immediato futuro.

Desidero salutarVi con questa citazione: " senza un sentimento del noi l'io perde coraggio e forza, il futuro ha bisogno di energia, lucidità cognitiva, sentimenti di fiducia e capacità di bellezza; in mancanza di tempo per pensarlo è possibile non avere nulla a cui pensare". (S.Minuchin)

e porta avanti a nome di tutti battaglie giuridiche, legali e culturali per vedere riconosciuti i diritti di noi professionisti e proiettati sempre più al vicino modello europeo.

Interessante e piacevole è scoprire che tanti colleghi con impegno, fierezza e stima, portano l'essere fisioterapista in una spirale di crescita professionale e culturale e si impegnano nell'associazione al fine di promuovere la riabilitazione fatta da professionisti competenti.

Ci hanno fatto comprendere che far parte di un gruppo è importante per far sentire la nostra voce ancora di più... grazie AIFI.

Dott.ssa Ft. M.Boccuzzi, Dott.ssa Ft. B.Sozio

GRAZIE AIFI

Ciao a tutti colleghi e colleghe, AIFI e non, siamo due fisioterapiste dipendenti presso struttura privata, non iscritte all'AIFI e in occasione del corso di sabato 5 ottobre tenutosi a Bari sul tema della libera professione ci sentiamo di scrivere qualche riga.

Per vicissitudini familiari e lavorative da tempo non seguivamo da vicino il mondo AIFI e in occasione di questo evento abbiamo considerato e apprezzato l'importanza dell'essere uniti. Di far parte di un'associazione che ci rappresenta



In primo piano Rosa Anna Fanelli e Tiziano Lacapra

medicalcalò

ESPERIENZA
PER MOVARE

Tel. +39 080.30.23.188
Fax +39 080.30.22.911
www.medicalcalo.it

seguici su **facebook**
FORMAZIONE & PROMOZIONI
www.facebook.com/medicalcalo.it

GUARDA LA NOSTRA WEBTV
www.youtube.it/medicalcalo

PROGETTAZIONE NUOVI
CENTRI DI FISIOTERAPIA
CONSULENZA ACQUISTI
NUOVI SISTEMI
CONSULENZA
FINANZIARIA
FORMAZIONE
E CONVEGNI
ASSISTENZA TECNICA
A NORMA CEI 62-122
STUDIO DI
COMUNICAZIONE



Hilterapia®
dominare l'Energia



Human Tecar®
DIVENTA
SPECIALISTA



LA NUOVA
GENERAZIONE DI TAPE
ELASTICO ADERIVO
PROFESSIONALE



TRATTAMENTO
EFFICACE E DURATURO
PER LE RADICOPATIE

Frems®

ASV
BTS Bioengineering

CHINESPORT®

CRQ SYSTEM

EMS

EN F

**ENRAF
NONIUS**

**ENRAF
NONIUS**

**ENRAF
NONIUS**

**ENRAF
NONIUS**

**ENRAF
NONIUS**

Hilterapia®

Human Tecar®

HYDRO PHYSIO®

VALOREA

KINELEC

PERCUTANEE

REO

Ambulator

SCIT

TecnoBody

TecnoBody

TecnoBody

TecnoBody

*“Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuovi paesaggi, ma nell’ avere nuovi occhi”
Marcel Proust*

LA COSA FONDAMENTALE È IL PUNTO DI VISTA!

Dott.ssa Ft. Fanelli Rosa Anna
Responsabile Ufficio Formazione



E' questo il tema di fondo ed il messaggio che la docente, Dott.ssa Angela Amodio, ha voluto dare a coloro che hanno partecipato all’evento che si è tenuto a Bari, presso il Policlinico, il 21 settembre scorso, da noi organizzato, dal titolo “La riabilitazione post traumatica: primo intervento e recupero funzionale”.

L’intento era quello di far riflettere i colleghi su come, “nuovi occhi”, nell’osservare il paziente, aprono altre possibilità di cura, oltre che mettere i partecipanti in condizione di accrescere le competenze professionali attraverso lo sviluppo di un appropriato ragionamento clinico e, mediante una valutazione dei diversi distretti corporei, permettere di poter fare diagnosi funzionale e selezionare l’intervento più appropriato per migliorare la performance psico-fisica. Con un approccio globale, sono stati affrontati i contenuti di base della fisiologia del movimento, l’approccio al primo soccorso in traumatologia e l’applicazione dei protocolli terapeutici di base.



Sono stati forniti strumenti di valutazione (tests) ed accennato a trattamenti (bendaggi, trattamento dei trigger point e uso di terapia fisica) riguardanti articolazioni più frequentemente a rischio di trauma (ginocchio, spalla e caviglia). Dalla discussione finale è emersa una riflessione che tutti hanno condiviso: la cosa fondamentale è osservare con occhi nuovi! La sfida è rimettersi in gioco e continuare a crescere.



“FUORI... GIOCO”



Gianni Rivera e il collega Marco Cordella

Ha preso il via a Taranto, presso la casa circondariale, l'iniziativa denominata “Fuori... gioco”. Si tratta di un progetto educativo, rivolto ai detenuti di sesso maschile, atto a trasmettere i valori tipici dello sport, quali la lealtà, il rispetto delle regole e dell'avversario.

Dopo il successo scaturito dal progetto “Liberi di Muoversi”, (iniziativa organizzata dal Fisioterapista A.I.FI. Marco Cordella), di cui vi abbiamo già informato nel precedente trimestrale) nato dalla volontà di ridurre e risolvere alcune semplici problematiche muscolo-scheletriche figlie di fattori socio-ambientali presenti all'interno della casa circondariale di Taranto, non potevamo sottacere a questa iniziativa altrettanto importante.

Insolita la location nella quale si è tenuta la conferenza stampa di presentazione dell'evento, svoltasi proprio presso l'istituto penitenziario del capoluogo jonico il 24 Settembre, che ha fatto registrare la presenza di un illustre testimonial quale il “pallone d'oro” Gianni Rivera, il quale non è voluto assolutamente mancare all'appuntamento, nonostante fosse a pochi giorni da un intervento di protesi d'anca.

Il progetto presentato, prevede un ciclo di allenamenti e lezioni teorico-pratiche, mirate alla formazione-educazione dei protagonisti, que-

sta volta in positivo, del Carcere Tarantino. I temi spaziano dall'educazione sportiva (valori e regole dello sport) ad argomenti più scientifici quali l'educazione alimentare, il doping, la traumatologia sportiva, ecc.

Tra i docenti selezionati allo svolgimento delle lezioni, menzioniamo la riconferma del dott. Ft Cordella Marco, che ha relazionato nelle lezioni in cui sono stati trattati argomenti medico-riabilitativi insieme alla preziosa presenza del dott. G. Petrocelli (ortopedico del Taranto F.C.) e del dott. F. Settembrini.

“Primo intervento in traumatologia sportiva” è stato il titolo della lezione trattata dal Fisioterapista dirigente A.I.FI., durante la quale i diciotto detenuti-corsisti hanno avuto modo di apprendere interessanti contenuti circa alcune semplici manovre d'intervento da adottare in caso di infortuni più o meno gravi in ambito sportivo e non.

L'attenzione prestata dai detenuti nel corso dell'incontro e la loro costante partecipazione attraverso continue domande, hanno dato conferma circa l'importanza del tema trattato.

Le lezioni svoltesi all'interno dell'istituto penitenziario, hanno visto protagonisti esperti non solo nel mondo del calcio, i quali hanno illustrato aspetti riguardanti la disciplina e la regolamentazione del settore sportivo, senza



trascurare i risvolti civili e penali che possono riguardare lo svolgimento di attività sportive. Si sono succeduti tra i relatori: DiLeo (Presidente Arbitri Taranto), Tisci (Presidente Figc Puglia), gli avvocati Vinci, Nevoli, Carrieri e Destratis, la psicologa Mastrorilli, i giornalisti Mazza e Foschini, i magistrati Rosati e Carbone. Particolarmente significativa la presenza di quest'ultimi tra il corpo docenti; i detenuti hanno infatti dialogato, confrontandosi e anche scherzando, con chi è stato chiamato a giudicarli e a comminare loro la giusta pena.

I detenuti sono ora impegnati in sedute di allenamento e trattamenti fisioterapici, in vista dell'incontro di beneficenza che si terrà allo stadio Iacovone di Taranto, Sabato 16 Novembre alle ore 15, giornata in cui è stata anche richiesta la fondamentale presenza di Fisioterapisti. Il quadrangolare prevede che ad incontrarsi saranno le selezioni di Magistrati, Polizia Penitenziaria, Avvocati e Detenuti. E, come avvenuto per la presentazione con la presenza di Gianni Rivera, si vocifera che anche in occa-



sione dell'incontro allo Iacovone, interverrà un testimonial di spicco del calcio italiano.

Come più volte ribadito, A.I.F.I. è vicina ad ogni iniziativa e programma di intervento sociale finalizzato alla crescita professionale del Fisioterapista ed alla conseguente tutela del paziente.

La redazione





Tombolini
Officine
Ortopediche

TARANTO - BARI - BRINDISI - MATERA
www.ortopediatombolini.it



SPECIALISTI IN ORTOPROTESICA

LETTERATURA IN PILLOLE

Dott. Ft. Denis Pennella, Dott. Ft. Filippo Maselli



Cari colleghi e cari lettori tutti, il secondo appuntamento con la rubrica rappresenta una tappa più importante dell'e-

sordio. E' il momento della conferma, il momento di capire se il lavoro che stiamo facendo è gradito o meno. Il territorio lungo il quale ci stiamo avventurando è ancora molto arduo, difficile da percorrere: per questo camminiamo insieme, facendo anche tesoro dei consigli di chi è più navigato! Ecco infatti che, come promesso già nello scorso numero, a prendere la parola sarà il collega Filippo Maselli.

Prima di lasciare spazio a Filippo, e successivamente alla selezione delle "pillole di letteratura", esprimo una breve considerazione partorita al ritorno dal VI° Gruppo di Studio di Fisiobrain a Siena "Esperienze cliniche nel trattamento dei disturbi muscolo-scheletrici".



Dobbiamo saper surfare tra la ricerca e la clinica. Dobbiamo viaggiare a bordo del traghetto della letteratura attraverso i torrenti della Evidence Base Practice, i quali sebbene siano più faticosi sono quelli che dobbiamo navigare e farlo, probabilmente, a bracciate, perché il traghetto non ce la fa a risalirli.

La letteratura ci può dare tanto, in termini di

strumenti e conoscenze, ma la clinica è altra cosa e rappresenta il risultato ottimale di una mediazione tra scienza e paziente, promossa dalle mani e dalla mente del fisioterapista preparato.

Ed ora la parola a Filippo Maselli...

Nello scorso numero della rivista¹, è apparsa questa interessante rubrica ideata e gestita dal Dott. Denis Pennella, nella quale annunciava un mio contributo rispetto al vasto, complesso e per alcuni versi ancora controverso mondo dell'Evidence Based Practice.

Onorato dell'invito, cercherò di non tediare con solite definizioni e nozioni oramai storiche, ma tenterò di scrivere un elaborato che possa suscitare proficue e costruttive discussioni.

Negli ultimi anni molto si è fatto nell'ambito del miglioramento dell'assistenza sanitaria a tutti i livelli, e non si può non affermare che il tutto sia stato possibile anche grazie alla spinta di un gran movimento culturale che tutti noi conosciamo con il nome di Evidence Based Medicine.

Il problema purtroppo è ancora *"IL DA FARSI"*; innumerevoli purtroppo sono gli ambiti e gli aspetti da migliorare nei contesti clinico assistenziali, perché troppe sono le terapie obsolete che si eseguono, molti gli esami diagnostici inutili, troppe le attività sanitarie che giornalmente eseguiamo per il semplice fatto: "che tanto si è sempre fatto così". Purtroppo nel mondo moderno, questo modo di agire (e non solo nel settore Salute e Sanità) non è più accettabile. Non è più accettabile eseguire un qualsiasi gesto terapeutico senza che ci si chieda se quello che stiamo facendo sia la cosa migliore, in quel momento, per quel paziente, in quel contesto ambientale e strutturale in cui mi trovo, per quel costo. Anche perché a breve, a causa della crisi economica che incombe e, la spesa sanitaria pubblica (che ad oggi ammonta a 118 miliardi di euro) che continua ad aumentare per via della crescita della vita media della popolazione, non saremo noi che ci chiederemo se quello che stiamo facendo sia efficace, efficien-



te, appropriato ed economicamente accettabile e sostenibile, ma saranno i futuri manager della sanità, che imporranno questo modo di fare salute, con ovvie ripercussioni per chi non sarà pronto ad affrontare tale condizione.

Vi descriverò un esempio di un'attività sanitaria che quotidianamente viene eseguita che potrebbe essere con le giuste indicazioni evitate o enormemente ridotta, senza che ciò comporterebbe un peggioramento dell'assistenza data al paziente, un allungamento e/o peggioramento della prognosi, un aumento dei costi che la spesa pubblica deve sopportare:

- Una vasta mole di letteratura, derivante da fonti autorevoli, afferma da tempo che per il mal di schiena aspecifico acuto, ovvero in assenza di segni e sintomi di grave patologia (infezione, cancro, frattura, sindrome della cauda equina, ecc), la radiografia convenzionale della colonna lombare non è raccomandata come esame di routine^{2,3}. Non è altresì indicata neanche per pazienti con lombalgia cronica in assenza sempre di segni neurologici o bandiere rosse (Red Flag). Facciamo presente infine come il mal di schiena abbia una natura benigna⁴ e autolimitante, circa il 90% migliora nelle prime 4 settimane⁵. Quindi possiamo notare come derivano 3 considerazioni importanti: un costo per il SSN, allungamento dei tempi di guarigione del paziente per passaggi dia-

gnostici-terapeutici inutili, infine il rischio per il paziente, da non sottovalutare, derivante dall'esposizione a radiazioni⁶. Immaginate che secondo le linee guida nazionali di riferimento "La diagnostica per immagini"⁷, una RX convenzionale alla colonna lombare è corrispondente a 65 radiografie al torace (vedi Tabella 1).

Procedura diagnostica	Dose efficace (mSv- millisievert)	Equivalente a numero di radiografie toraciche
Torace	0.02	1
Colonna lombare	1.3	65

Tabella 1 - fonte Linee Guida Nazionali "La diagnostica per immagini". 2004⁷

Sicuramente non tocca a noi prescrivere esami diagnostici strumentali, ma capita spesso, quando possibile confrontarsi col medico di poter suggerirli, quindi pensiamoci bene la prossima volta e confrontiamoci sempre di più con la classe medica in maniera costruttiva, è l'unica via corretta da intraprendere. Altresì mi preme far notare che potremmo non essere molto lontani, in termini temporali, da avere lo stesso privilegio che hanno avuto i nostri colleghi anglosassoni di poter prescrivere farmaci ed esami strumentali⁸.

Questo è solo un esempio, ne potrei descrivere a decine di attività sanitarie che dovrebbero essere modificate o eliminate, perché inutili,



obsolete, inefficaci e in alcuni casi non proprio rari anche dannose, solo il limite imposto dalle norme editoriali non mi permette di poterlo fare. Lascio a voi amici miei, cari colleghi il tempo di riflettere, su come possiamo migliorare la nostra professione, per diventare tutti noi dei professionisti sanitari più capaci, competenti, credibili ed autorevoli. Come recitava un famoso film⁹ "...È la tua ultima occasione, se rinunci non ne avrai altre. Pillola azzurra, fine della storia: domani ti sveglierai in camera tua, e crederai a quello che vorrai. Pillola rossa, resti nel paese delle meraviglie, e vedrai quant'è profonda la tana del bianconiglio. Ti sto offrendo solo la verità, ricordalo. Niente di più..."

E per continuare con le pillole, eccone alcune...

La transizione da dolore acuto a dolore cronico potrebbe dipendere da un'alterazione dei circuiti cerebrali¹⁰

Perché alcuni individui con lombalgia acuta recuperano velocemente mentre in altri il dolore persiste per anni? I ricercatori che hanno cercato delle risposte studiando le alterazioni locali, ad esempio la degenerazione discale, l'artrosi delle faccette e l'instabilità vertebrale non hanno trovato risposte facili. La schiena di coloro che sviluppano dolore cronico non è diversa da quella che guariscono.

Forse la risposta non si trova nel rachide lombare: già nel 1993, Nachemson affermava: - Dobbiamo guardare più in alto, al cervello.

Uno studio prospettico di Baliki conferma che

coloro che passano dal dolore acuto al dolore cronico hanno un tipo particolare di circuiti cerebrali. Queste persone hanno evidenziato un maggiore livello di connettività tra il nucleus accumbens e la corteccia prefrontale, due regioni del cervello coinvolte nel comportamento motivazionale ed emozionale. Nel campione dello studio, questa connettività era predittiva della persistenza del dolore, implicando che il circuito corticostriato sia causalmente coinvolto nella transizione da dolore acuto a dolore cronico, sostiene Baliki. Per la prima volta possiamo spiegare perché persone che hanno lo stesso identico dolore iniziale possano o guarire o sviluppare dolore cronico.

Lo studio lascia intendere che una reazione emotiva al mal di schiena acuto possa predisporre allo sviluppo di dolore.

Una delle convinzioni legate all'utilizzo dei rialzi è stata confutata¹¹

Il rialzo non aggiusta la postura o meglio non modifica lo strapiombo laterale, ossia l'inclinazione del tronco verso un lato, spesso presente in chi ha una scoliosi, oppure un atteggiamento scoliotico o una dismetria degli arti inferiori o in chi non ha il bacino perfettamente allineato.

"Coronal decompensation of the trunk by means of a set of shoe lifts" è uno degli 11 studi che Isico ha presentato al Sosort, l'appuntamento internazionale più importante per chi si occupa di trattamento riabilitativo delle patologie della colonna.

Di regola il rialzo viene prescritto sulla base di osservazioni cliniche perché se ne sa poco dal-

la letteratura. Tra le principali indicazioni l'inclinazione del bacino da un lato ma anche una leggera differenza degli arti inferiori. Secondo i dati attuali non ha alcun effetto sull'andamento della colonna, e di conseguenza non determina un miglioramento della scoliosi.

La ricerca di Isico ha preso in considerazione 60 pazienti, sia maschi sia femmine, dai 10 ai 15 anni, in cura per scoliosi presso l'Istituto.

“Attraverso uno strumento ottico di misurazione oggettivo, con un errore di misura inferiore a un millimetro - spiega Michele Romano, fisioterapista e direttore tecnico di Isico - siamo partiti dalla valutazione dell'impatto positivo o negativo sullo strapiombo laterale del tronco, ossia la tendenza del corpo a inclinarsi da una parte o dall'altra”.

Sotto entrambi i piedi dei pazienti sono stati inseriti dei rialzi di 5-10-15 mm, quindi sia sotto la gamba corrispondente allo strapiombo laterale sia sotto l'altra, sia dalla parte dell'inclinazione del bacino sia dall'altra.

“Abbiamo utilizzato degli spessori standard per controllare se i pazienti rispondevano con un peggioramento o miglioramento rispetto alla situazione di partenza - commenta Romano- dai risultati è emerso che l'inclinazione laterale del bacino rispondeva in maniera coerente, ossia, con un'inclinazione pelvica a destra, per esempio, un rialzo sotto il piede destro tendeva a normalizzare la posizione.

Questo comportamento non è stato osservato sul tronco. Il rialzo a destra non mutava nulla rispetto allo strapiombo laterale perché in sostanza sembra che ci sia uno schema personalizzato della colonna che non viene modificato dal rialzo”.

Tra le fratture da stress, non dimentichiamo quelle delle coste¹²

La frattura della o delle coste, anche in assenza di trauma significativo, a volte non viene riconosciuta tanto negli atleti quanto nei non sportivi. Le indagini radiografiche spesso sono negative a fronte di obiettività clinica positiva per un dolore costante, ben localizzato, positivo alla palpazione, legato alle attività quali tossire, inspirare o espirare, remittente soltanto momentaneamente ai farmaci antiinfiammatori e antidolorifici. È importante escludere ogni altra patologia grave come causa del dolore,

ma ponderando bene se approfondire o meno le indagini strumentali alle quali spesso il paziente viene sottoposto, quali RM con contrasto, TAC, ulteriori RX. Ovverosia pensare ad una frattura da stress (e non solo traumatica) a fronte di una ben determinata clinica deve essere immediato nel nostro ragionamento clinico, come quando annoveriamo tra le ipotesi diagnostiche quella di una frattura da stress alla colonna vertebrale od agli arti inferiori.

Nel prossimo numero ci onorerà col suo contributo sull'argomento un altro collega stimatissimo e preparatissimo: Giuseppe Giovannico.

BIBLIOGRAFIA

1. Pennella D. Letteratura In Pillole. Fisioterapisti Puglia – La nostra voce (Regionale AIFI), n.45, p 14 - 16; 2° trimestre 2013;
2. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. Ann Intern Med 2002; 137: 586-97.
3. Malanga GA, Dunn KR, Low back pain management: Making the diagnosis. J Musculoskel Med. 2010;27:249-252.
4. Underwood M. Diagnosing Acute Nonspecific Low Back Pain: Time to Lower the Red Flags? Arthritis & Rheumatism. Vol. 60, No. 10, October 2009, pp 2855–2857.
5. Pengel LH et al. Acute back pain: systematic review of its prognosis. BMJ 2003; 327:323– 325.
6. Hollingworth W et al. Primary care referrals for lumbar spine radiography: diagnostic yield and clinical guidelines British Journal of General Practice. British Journal of General Practice. 2002; 52, 475-480.
7. Linee Guida Nazionali di Riferimento. La Diagnostica per immagini. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. 2004. www.snlg-iss.it/ASSR_diagnostica_per_immagini
8. Maselli F, Pennella D, Giovannico G. “Pharmacology for Physical Therapist” PC. Panus et al. Book Review. Scienza riabilitativa. Vol. 15, nr. 3, p.31-34 , 2013.
9. Dialogo fra Neo e Morpheus, estrapolato dal film Matrix, di Lana e Andy Wachowski. 1999.
10. Baliki MN, Petre B, Torbey S, Herrmann KM, Huang L, Schnitzer TJ, Fields HL, Apkarian AV. Corticostriatal functional connectivity predicts transition to chronic back pain. Nat Neurosci. 2012 Jul 1;15(8):1117-9.
11. Romano et al. Coronal decompensation of the trunk by means of a set of shoe lifts Coronal decompensation of the trunk by means of a set of shoe lifts. Scoliosis 2013, 8(Suppl 2):O30
12. Miller TL, Kaeding CC. Upper-extremity stress fractures: distribution and causative activities in 70 patients. Orthopedics. 2012 Sep;35(9):789-93

MIELOMA MULTIPO: PROBLEMI RIABILITATIVI

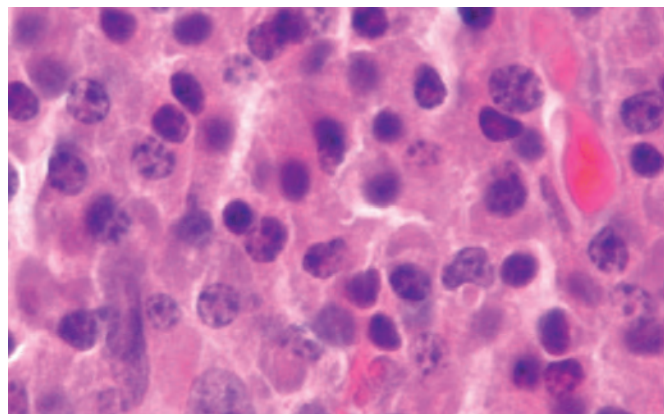
Dott.ssa Ft. Vita Ligorio* - Dott.ssa Ft. Claudia Pati**

*“Incurabile certo che no”
Sylve Menard*



Il Mieloma Multiplo è un tumore del midollo osseo dovuta ad una crescita eccessiva di un particolare tipo di cellule che vengono chiamate plasmacellule, presenti normalmente nel midollo osseo e che fanno parte del sistema immunitario. Le plasmacellule normali producono gli anticorpi (o immunoglobuline) per aiutare a combattere le infezioni. Nel mieloma le plasmacellule malate producono una grande quantità di una proteina, chiamata *Componente Monoclonale o Componente M*, che non è altro che un tipo particolare di anticorpo che non svolge nessuna funzione utile, ma il cui dosaggio consente di effettuare la diagnosi e il monitoraggio del mieloma. Oltre a produrre la Componente M, le plasmacellule rilasciano una grande quantità di particolari sostanze, chiamate *“citochine”*, che attraverso la stimolazione o il blocco di diverse cellule possono determinare la distruzione dell’osso, interferire con la produzione di cellule del midollo osseo, tra cui la produzione di globuli rossi causando anemia, e favorire la crescita delle plasmacellule a discapito delle cellule sane circostanti.

Il mieloma colpisce gli adulti, l’età media in fase iniziale è di circa 60 anni e solo il 5-10% dei pazienti sono sotto i 40 anni. Esso può essere scoperto ad uno stadio precancerogeno. Lo stato più precoce è chiamato MGUS. Esso non è un vero e proprio tumore, ma una condizione chiamata Gammopatia Monoclonale di Significato Incerto dove le cellule del mieloma costituiscono meno del 10% delle cellule contenute nel midollo osseo. Il rischio di passaggio da MGUS a mieloma attivo è molto basso: vi è solo l’1% di possibilità all’anno di follow-up. Persino se le cellule mielomatose



sono ad un livello compreso tra il 10–30% del totale presente nel midollo osseo, il tasso di crescita può essere molto lento e rappresenta il mieloma smouldering/indolente o asintomatico. Entrambe queste condizioni possono evolversi molto lentamente e non richiedere trattamenti attivi. Molto importante è stabilire la diagnosi corretta distinguendo l’MGUS o il mieloma indolente dal mieloma attivo o sintomatico, che richiede trattamenti.

Sebbene siano stati condotti numerosi studi per identificare le possibili cause del mieloma, ad oggi non ci sono ancora dimostrazioni certe. Si ritiene che l’esposizione a determinate

TABELLA 1: DEFINIZIONE DI MGUS E MIELOMA

VECCHIO NOME	NUOVO NOME	DEFINIZIONE
MGUS (Gammopatia monoclonale di incerto significato)	MGUS (es, nessun cambiamento di nome)	• Proteina Monoclonale presente • Nessuno stato di malattia sottostante
MIELOMA SMOLDERING O INDOLENTE	MIELOMA ASINTOMATICO	• Alto livello della malattia rispetto all’MGUS, ma senza sintomi né danno d’organo.*
MIELOMA	MIELOMA SINTOMATICO	• Proteina Monoclonale presente • Presenza di uno o più “CRAB” o danni d’organo*.

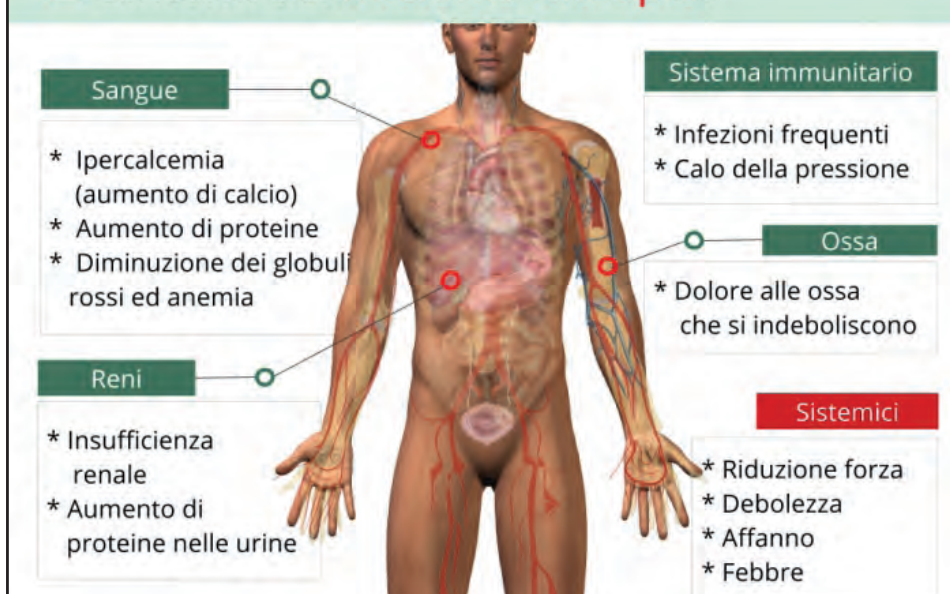
sostanze chimiche, fumo, alti livelli di pesticidi, radiazioni, virus e un sistema immunitario indebolito (caratteristica genetica individuale), possano essere cause potenziali o fattori sca-

tenanti la malattia. Sebbene esista una scarsa familiarità per quanto riguarda l'insorgenza del mieloma, la probabilità che insorga è molto bassa e attualmente non esistono esami disponibili che possano predirlo, anche quando nella stessa famiglia si manifesta più di un caso di mieloma, è molto probabile che il fenomeno sia imputabile all'esposizione a fattori ambientali piuttosto che alla componente ereditaria.

Esistono differenti *tipi e sottotipi* di mieloma, questi sono basati sul tipo di immunoglobuline prodotte dalle cellule mielomatose. Normalmente, le varie immunoglobuline esercitano differenti funzioni all'interno del corpo. Ogni immunoglobulina è composta da due catene pesanti e da due leggere, ci sono cinque tipi di catene pesanti: G, A, D, E ed M; ci sono due tipi di catene leggere: kappa (κ) e lambda (λ). La tipizzazione del mieloma (eseguita con un test chiamato "immunofissazione") identifica sia le catene pesanti che quelle leggere. Molti pazienti con mieloma, circa il 65% sono affetti da mieloma IgG (Immunoglobulina G) con catene kappa o lambda. Il secondo tipo di mieloma più comune è quello IgA (Immunoglobulina A), anch'esso sia con catene kappa e lambda. I tipi IgM, IgD e IgE sono abbastanza rari.

In 1/3 dei casi la *diagnosi* di mieloma è casuale in quanto la malattia può essere asintomatica, nei 2/3 dei casi la malattia è sintomatica sin dall'esordio e il sintomo più comune è il dolo-

Sintomi del mieloma multiplo:



re osseo, più frequentemente localizzato alla colonna vertebrale, anche se, in realtà può interessare qualunque segmento scheletrico del corpo (coste, bacino, cranio, ecc.). Si possono avere anche neuropatie e indebolimento delle difese immunitarie, altri sintomi sono la stanchezza, dovuta alla presenza di anemia. L'ipercalcemia dovuta al danno osseo causato dalle plasmacellule, può causare sonnolenza, debolezza muscolare, stitichezza, alterazione del ritmo cardiaco ed insufficienza renale asintomatica.

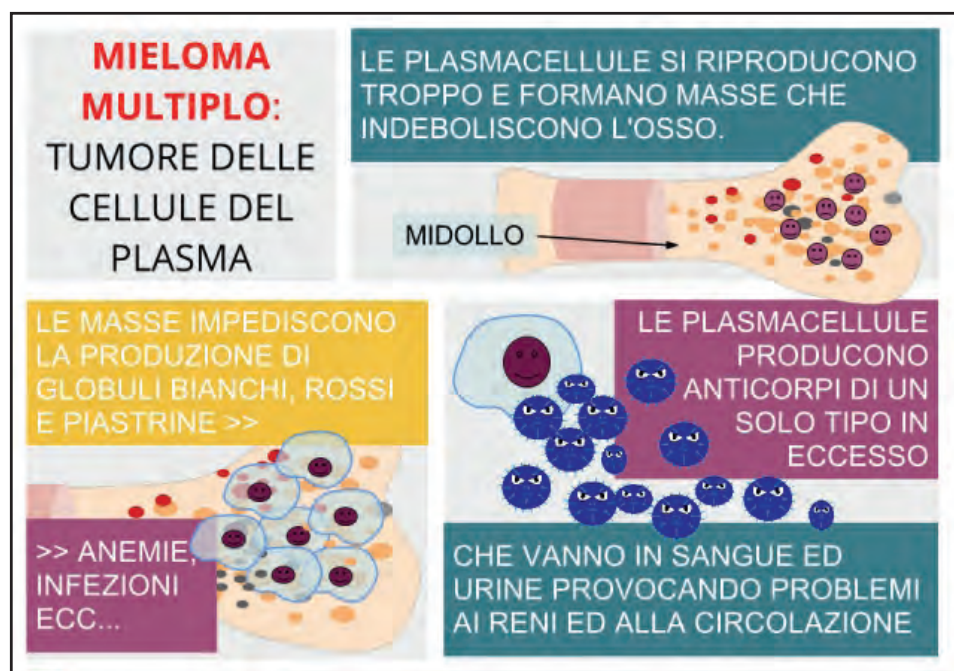
Per diagnosticare il mieloma è necessario eseguire numerosi esami ed accertamenti quali esami del sangue (emocromo, esami per studiare la funzionalità renale, esami per lo studio del metabolismo delle ossa, dosaggio della paraproteina nel siero e nelle urine, ecc.) ed esami strumentali (aspirato midollare, biopsia osteomidollare, studio citogenetico del midollo osseo, radiografia dello scheletro, TAC e/o RMN della colonna vertebrale, PET/TAC).

Dopo aver completato gli esami, è possibile determinare la *stadiazione* del mieloma ovvero la gravità della malattia e, di conseguenza, il quadro prognostico per i singoli pazienti.

La gestione della malattia dipenderà dallo stadio del mieloma e dalla compromissione dell'organismo, fino a pochi anni fa, le *terapie* usate più comunemente consistevano in diversi tipi di chemioterapia, steroidi, terapia ad alto dosaggio e trapianto di cellule staminali. Re-

FIGURA 1: STRUTTURA DELLE IMMUNOGLOBULINE





centemente, tuttavia, sono stati introdotti nuovi trattamenti nella classe di farmaci disponibili: talidomide, velcade e revlimid a cui si associano farmaci per il trattamento dei sintomi e delle complicanze indotti dal mieloma.

L'inquadramento dei problemi riabilitativi quando si parla di mieloma multiplo può avvenire in seguito ad un allettamento prolungato dovuto

TABELLA 2 SISTEMA DI STADIAZIONE INTERNAZIONALE (ISS)
Stadiazione del mieloma multiplo

STADIO	VALORI
STADIO I	$\beta 2M < 3.5$ $ALB \geq 3.5$
STADIO II	$\beta 2M < 3.5$, e $ALB < 3.5$ o $\beta 2M 3.5 - 5.5$
STADIO III	$\beta 2M > 5.5$

Note: $\beta 2M$ = $\beta 2$ microglobulina in mg/L
ALB = albumina in g/dL

alle terapie chemioterapiche ad alte dosi alle quali il paziente viene sottoposto, dopo trapianto di Midollo Osseo autologo (autotrapianto), o trapianto di midollo osseo allogenico (da donatore familiare compatibile o da donatore da registro) o in seguito ad intervento chirurgico indispensabile nel mieloma vertebrale nei casi in cui sensibilità parziale o resistenza alle terapie mediche e radioterapiche comporta progressione o ricadute di malattia. Il gesto chirurgico consente una riduzione della massa neoplastica (debulking), una completa escissione del tumore, una decompressione midollare e radicolare nonché una stabilizzazione della colonna

mentre l'intervento riabilitativo è rivolto sia alla menomazione sia alla disabilità.

Nello specifico possiamo trovarci di fronte a *localizzazioni vertebrali senza danno midollare* dove i problemi che si dovranno affrontare saranno l'instabilità vertebrale con conseguente incompetenza statico-dinamica del tratto di colonna interessato e il dolore a cui seguirà una difficoltà e/o un'impossibilità a svolgere le comuni attività della vita quotidiana che coinvolgono il rachide.

Il programma riabilitativo si baserà su:

- approntamento ed utilizzazione precoce di un ortesi congrua alla sede e all'entità della lesione vertebrale, provvedimento fondamentale ed indispensabile per controllare il dolore e proteggere il tratto interessato dall'impatto meccanico "scaricando" le forze in punti indenni;
- trattamento fisioterapico del dolore: il tipo di patologia di base e la particolare localizzazione non lascia molto spazio alla fisioterapia strumentale, una metodologia attuabile, semplice e priva di controindicazioni è data dall'elettroanalgesia quale la stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS) mediante le due tecniche di applicazione: la prima ad alta frequenza e a bassa intensità, produce un effetto rapido ma nel contempo fugace sul dolore, ed il suo meccanismo è riconducibile alla teoria del gate control, che ha come modello la possibilità di un inibizione pre-sinaptica a livello delle corna posteriori del midollo spinale; la seconda, ad intensità più elevata e a bassa frequenza, induce un'azione sedativa più tardiva e più protratta nel tempo, in questo caso l'effetto biologico atteso è legato alla liberazione di endorfine ;
- mantenimento delle autonomie nelle ADL, una buona "manutenzione" dell'apparato articolare ne è il fondamento anche se il programma si basa sull'addestramento del



paziente a mantenere le autonomie primarie, che raramente, in questi casi vengono a lungo compromesse.

In presenza, invece di *localizzazioni vertebrali con interessamento midollare*, il quadro clinico che deriva dipende essenzialmente da due fattori: il livello della lesione e l'entità della medesima.

Detto questo i problemi riabilitativi si posso distinguere:

- fase acuta o dell'emergenza caratterizzata dalla compromissione delle funzioni sensorie, vegetative e viscerali, nonché problemi della continenza sfinteriale, perdita severa di molte autonomie motorie sia per le incompetenze scheletriche ma anche per l'instaurarsi di una paralisi o paresi più o meno grave e più o meno estesa.

L'intervento riabilitativo si propone la vicarianza delle funzioni viscerali, il mantenimento della integrità corporea e il mantenimento della autonomie massime compatibili mediante la prevenzioni dei decubiti (materassi antidecubito, cambiamento frequente di postura), le facilitazioni neurosensoriali per il precoce recupero della paresi o paralisi;

la fase post-acuta o del recupero si prefigge il recupero delle massime autonomie motorie e il controllo delle funzioni viscerali, con programmi che mirano alla diagnosi del tipo di vescica neurogena e provvedimenti adeguati, precoce uso della carrozzina o ausili per le attività di trasferimento, potenziamento delle componenti motorie sane sovralesionali, evocazioni delle componenti motorie assenti sottolesionali, po-

tenziamento delle componenti motorie residue sottolesionali, recupero della stazione eretta con o senza ausili, recupero delle attività di deambulazione con o senza ausili.

In conclusione possiamo affermare, che una presa in carico riabilitativa precoce con ortesi vertebrale corretta, controllo del dolore, attenta valutazione, individuazione chiara degli obiettivi, stesura di un corretto programma riabilitativo basato sulle evidenze scientifiche internazionali, rieducazione neuromotoria quantitativamente e qualitativamente adeguata, tempestiva rieducazione vescicale, possano consentire, nella maggior parte dei casi, risultati soddisfacenti, permettendo di emendare disabilità altrimenti molto problematiche per il paziente ed il suo contesto familiare e sociale.

(*) Fisioterapista Libero Professionista

(**) Fisioterapista Servizio di Fisioterapia
ASL Brindisi - Ospedale "A.Perrino"

Bibliografia

- American Cancer Society, *Cancer Facts e Figures 2010*. Atlanta: American Cancer Society; 2010
- Cappuccio M., Paderni S., Gasbarrini A., Bandiera S., Reggiani A., Boriani S., *Il ruolo della chirurgia nelle localizzazioni vertebrali del mieloma*, G.I.O.T. 2008;34:63-70
- Durie BGM, Harousseau J-L, Miguel JS, et al. *International uniform response criteria for multiple myeloma*. Leukemia 2006; 20: 1467-1473
- Elizabeth A. Coleman, PhD, RNP, AOCN, Sharon K. Coon, PhD, RN, AOCN, Robert L. Kennedy, PhD, Kimberly D. Lockhart, BS, Carol B. Stewart, BS, Elias J. Anaissie, MD, and Bart Barlogie, MD, PhD, *Effects of Exercise in Combination With Epoetin Alfa During High-Dose Chemotherapy and Autologous Peripheral Blood Stem Cell Transplantation for Multiple Myeloma*, Oncology Nursing Forum – vol 35, no 3, 2008
- Forman S., Blume R., Thomas D., *Bone marrow transplantation*, Churchill & Livingstone, 1994
- James M.C., *Physical Therapy for patients after Bone Marrow Transplantation*, Phys Ther vol.6 : 946-952, 1987
- Kyle RA, Rajkumar SV, *Multiple myeloma*, Blood 2008; 111(6):2962-2972
- Lara Groeneveldt, Gill Mein3, Rachel Garrod, Andrew P Jewell, Ken Van Someren5, Richard Stephens, Shirley P D'Sa2 and Kwee L Yong, *A mixed exercise training programme is feasible and safe and may improve quality of life and muscle strength in multiple myeloma survivors*, Groeneveldt et al. BMC Cancer 2013, 13:31
- Palumbo A., Anderson L., *Multiple Myeloma*, N Engl J Med. 2011; 364:1046-1060
- Raven RW, *Rehabilitation of patients after treatment for cancer*, Br J Phys Med 1995
- Wiskemann J, Huber G, *Physical exercise as adjuvant therapy for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation*, Bone Marrow Transplantation 2008; 41, 321:329

IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DELLA "THORACIC OUTLET SYNDROME"

Dott.ssa Ft. A. Daugenti* - Dott. Ft. F.N. Cupertino**



Una condizione Clinica molto frequente ma riconosciuta raramente è la "Thoracic outlet syndrome" (TOS), meglio nota come sindrome dello stretto toracico (SST) o S. dell'egresso toracico¹.

Il nome di tale sindrome è stato coniato nel 1957 a cura di Peet et al². La TOS è una "Sindrome canalicolare" in cui le strutture osteo-muscolo-tendinee, nel caso specifico i muscoli scaleni, la prima costa, il legamento costo-clavicolare e il muscolo piccolo pettorale, esercitano una compressione sui fasci neuro-vascolari presenti proprio nella zona dell'egresso toracico:

- Plesso brachiale
- Arteria ascellare
- Arteria e vena succlavia

La sua insorgenza quindi, è legata alla compressione che subiscono le strutture nervose e/o vascolari dello stretto toracico ed è connessa alla riduzione di questo spazio causata da fattori congeniti e/o acquisiti.

Il fascio vascolo-nervoso può essere compresso in tre sedi:

- il triangolo degli scaleni delimitato dalla prima costa, e dai muscoli scaleni anteriore e medio;
- lo spazio compreso fra la clavicola e la prima costa anche detto canale costoclavicolare;
- il tunnel sottopettorale compreso fra la clavicola, muscoli scapolari e muscolo pettorale.

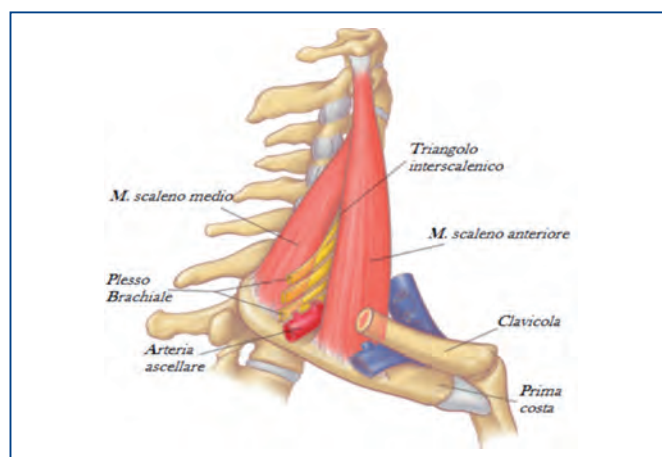
Non conosciamo la reale incidenza di tale patologia nella popolazione adulta; insorge più frequentemente tra i 20 ed i 40 anni colpendo maggiormente le donne rispetto agli uomini con un

rapporto di 2:1 circa. La sintomatologia clinica della TOS è variabile, intermittente o continua e ci possono essere forme diverse per clinica e frequenza a seconda delle strutture interessate dalla compressione.

Infatti, da un punto di vista clinico si possono distinguere due forme:

- La forma neurogenica e la forma vascolare³.
- La forma neurogenica più frequente (90% di casi)⁴ e la forma vascolare meno frequente (10% di casi).

Nella forma neurogena ad essere compromesso è il plesso brachiale con conseguente sintomatologia rappresentata da disturbi sensitivi o motori come parestesie, crampi o spasmi muscolari, senso di pesantezza.



La forma vascolare (che si suddivide in una forma arteriosa ed una venosa) si caratterizza per il riscontro di edema, cianosi, polso debole o assente, braccio freddo al tatto, dolori crampiformi al movimento.

La diagnosi di questa patologia è spesso difficile dato che il manifestarsi dei sintomi non è sempre continuativo e a volte sovrapponibile a quello di una radicolopatia di origine cervicale; tuttavia essa non può prescindere da un'accurata anamnesi che abbia come scopo di escludere la presenza di Red Flag, e da un attento esame obiettivo con l'esecuzione di test evocativi atti a evidenziare la sede e l'entità della compressione ed esami strumentali.

I test clinici evocativi (*Test di Adson*, *Test dell'at-*

tenti, *Test di Wright*, *Test di Roos*, *Test di Allen*, *Manovra di Halstead*) rappresentano un valido aiuto per il fisioterapista nella valutazione della TOS sebbene diversi studi ne abbiano dimostrato i limiti in termini di sensibilità e specificità; essi hanno infatti circa il 50% di falsi positivi e falsi negativi⁵. Nello specifico descriviamo:

Test di Adson: test per triangolo degli scaleni^{6,7}

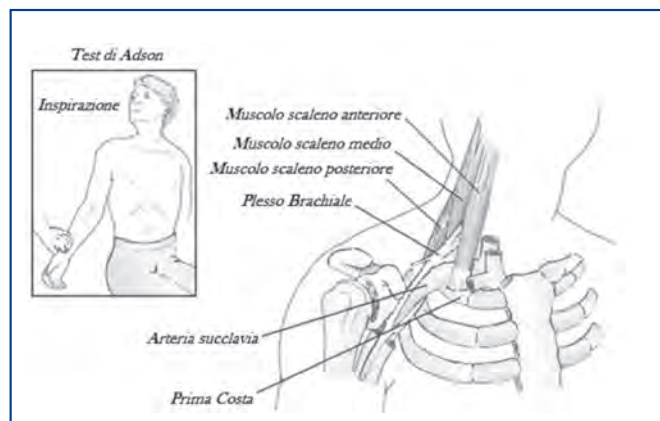
È la manovra più conosciuta ed utilizzata per la diagnosi di sindrome dello stretto toracico superiore. Il paziente è seduto e l'esaminatore afferra il polso per apprezzare l'arteria radiale. Mentre il paziente ruota il capo verso l'arto esaminato, l'esaminatore ruota lateralmente ed estende la spalla. Al paziente viene chiesto di inspirare a fondo e trattenere il respiro. L'eventuale scomparsa del polso radiale indica la possibile presenza di una sindrome dello stretto toracico superiore.

Test dell'attenti: per la pinza costoclavicolare^{8,9}

Con il paziente seduto, stabilire l'ampiezza del polso radiale. Invitare il paziente a forzare posteriormente la spalla mentre flette il mento verso il torace. Forzare posteriormente la spalla riduce lo spazio tra la clavicola e la prima costa per cui in tal caso una riduzione di ampiezza o la scomparsa del polso radiale saranno indicativi di una compressione della componente vascolare del fascio neuro vascolare.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Non esiste un trattamento universalmente accettato per questa sindrome. In passato tutti i pazienti venivano sottoposti ad intervento chirurgico (scalotomia, resezione prima costa ecc)¹⁰. At-



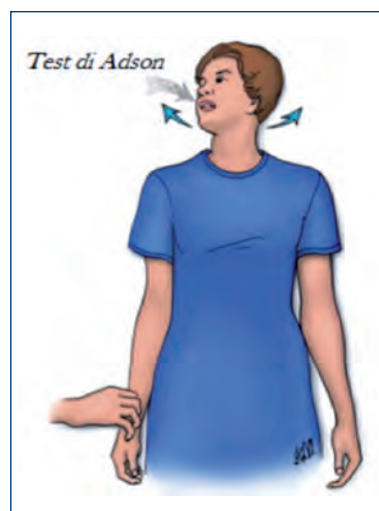
tualmente sappiamo che il 60% circa dei pazienti operati ripresentano sintomi a distanza; si consiglia di intraprendere un trattamento conservativo per almeno 4-6 mesi prima di affidarsi alla chirurgia¹¹.

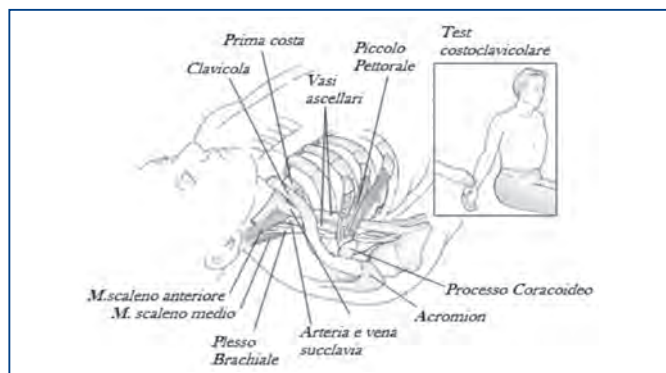
Una recente revisione della letteratura, pubblicata da Vanti e colleghi nel 2007¹² dimostra un certo grado di efficacia del trattamento conservativo per i pazienti affetti da TOS, qualunque sia la metodica utilizzata, con risultati buoni che variano dal 76% al 100% nei follow-up entro un mese e dal 59 % all'88% nei follow-up eseguiti dopo almeno un anno. Il protocollo riabilitativo sarà diverso a seconda della sede di compressione, della forma (venosa, arteriosa, neurogena, mista) e della causa della compressione. Da considerare tutte quelle attività che predispongono alla compressione dello sbocco toracico (Es. lavorare con gli arti sollevati, portare zaini e borse pesanti a scuola, svolgere attività lavorativa e/o sportive a "rischio" come il tennis, pesistica, nuoto a stile libero, lavoro di muratore).

La situazione patologica che più facilmente riscontriamo nei pazienti che vengono da noi per questa patologia è quella della *sindrome costoclavicolare* in cui vi è la compressione tra I costa e clavicola.

Una retrazione dei mm. scaleni anteriore e medio (e posteriore sulla II costa) con relativa risalita della I costa verso la porzione inferiore della clavicola e conseguente chiusura dell'angolo costo-claveare, provoca una possibile compressione sia dell'arteria succlavia che del relativo vaso venoso e del plesso brachiale, dando la seguente sintomatologia :

- Algia da sforzo ed astenia del braccio durante i movimenti al di sopra del capo
- Parestesie a livello dell'estremità superiore





- Atrofie muscolari
- Occlusioni delle arterie digitali (embolie)
- Edema del braccio

In caso di aneurisma post stenotico:

- tumefazione nella fossa sopraclavare
- trombosi della v. succlavia e della v. ascellare in caso di compressione acuta

La riabilitazione comprenderà tre fasi¹:

- Controllo del dolore e rieducazione funzionale,
- Educazione del paziente,
- Programma di esercizi specifici.

Gli strumenti terapeutici a nostra disposizione sono molteplici e tutti hanno l'obiettivo di:

- Allentare la compressione biomeccanica sui nervi e sui vasi sanguigni nella zona dello Stretto Toracico
- Recupero funzionale dei muscoli di apertura egresso toracico
- Diminuzione della contrattura e/o retrazione dei muscoli di chiusura
- Miglioramento della statica dorso cefalica
- Miglioramento della meccanica respiratoria

MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere

Seguici anche sui social

CTU mega
POMPA DIAMAGNETICA 18

DIAMAGNETOTERAPIA

CTU S wave
ONDA D'URTO DIAMAGNETICA

TECARTERAPIA

ATRO
TECAR AUTOADATTIVA

TECNOSIX EPSILON

IPERTERMIA

Ieltatemia

MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere
DISTRIBUTORE UFFICIALE *****

KINESIO
AUTHENTIC

WWW.MEDICALTOOLS.IT
Tel: 0805341358

NUOVA SEDE
Via Salvatore Matarrese, n. 47/H, 70124 Bari

- Diminuzione e monitoraggio del dolore e degli altri sintomi il più possibile
- Miglioramento della qualità della vita del paziente

All'inizio del trattamento si valuta la postura abituale del paziente, la sede del dolore, il tipo di lavoro svolto. Con l'esame articolare e muscolare si evidenziano i deficit della muscolatura dell'arto superiore fino alla mano, le retrazioni muscolari e le eventuali limitazioni del movimento, in particolare del rachide cervicale; stessa cosa dicasi per l'articolazione scapolo-omerale e il controllo della simmetria del movimento delle scapole. Dalle varie prove emerge che solitamente la postura tipica del paziente affetto da TOS è con il capo in anteposizione, con rettilineizzazione della lordosi cervicale (per la retrazione dei muscoli spinali e sternocleidomastoideo), le spalle in elevazione e curvate in avanti (per la retrazione del trapezio e dei pettorali), aumento della cifosi dorsale, blocco respiratorio alto delle prime sei coste (per la retrazione dei muscoli scaleni e sternocleidomastoideo).

Attraverso un approccio posturale, l'obiettivo che si intende perseguire è l'aumento dello spazio del passaggio toracico tramite un allungamento delle "catene muscolari" con posture globali al fine di correggere quegli aggiustamenti "di comodo" che si sono instaurati nel tempo. Complementare al lavoro svolto dal fisioterapista è il protocollo di esercizi a domicilio che i pazienti con TOS dovranno svolgere (inizialmente, in presenza del fisioterapista) al fine di integrare dal punto di vista propriocettivo le correzioni apportate e visualizzare le variazioni della postura ottenute durante la seduta di riabilitazione.

Bibliografia

- Pratelli E, Guerra N, Scarselli M, Pasquetti P. Sindrome dell'e-gresso toracico in paziente con TVP succlavio-ascellare: la nostra esperienza. Eur Med Phys 2008;44 (Suppl. 1 To No. 3) Pp. 1-2.
- Peet RM, Henriksen JD, Anderson TP, Martin GM. Thoracic-outlet syndrome: evaluation of a therapeutic exercise program. Proc Staff Meet Mayo Clin 1956;31:281-287
- McGillicuddy JE. Thoracic outlet syndrome. In: Chung KC, Yang LJ, McGillicuddy JE, editors. Practical Management of Pediatric and Adult Brachial Plexus Palsies. First ed. United States of America: Elsevier, 2012:318-336.
- Sanders RJ, Hammond SL, Rao NM. Diagnosis of thoracic outlet syndrome. J Vasc Surg 2007;46:601-4.
- Nord KM, Kapoor P, Fisher J, Thomas G. False positive rate of Thoracic Outlet Syndrome diagnostic maneuvers, Electromyog Clin Neurophysiol 2008;48:67-74.
- Adson AW, Cervical ribs: symptoms, differential diagnosis and indications for section of the insertion of the scalenus anticus muscle, J Coll Int Surg 1951; 106:546.
- Lord JR, Rosati LM, eds. Thoracic-Outlet Syndromes. New Jersey, CIBA Pharmaceutical, 1971;21 (2):9-10.
- Falconer MA, Weddel G., Costoclavicular compression of the subclavian artery and vein: relation to scalene anticus syndrome, Lancet 1943; 2:542.
- Devay AD, Costoclavicular compression of brachial plexus and subclavian vessels, Lancet 1945; 2:165.
- Adson AW. Surgical treatment for symptoms product by cervical rib and the scalenus anticus muscle, Ann Surg; 1947;85:687-95.
- Quafardt Pg, Stoney RL. Sopraclavicular radical scalenectomy and transaxillary first rib resection for the Thoracic Outlet Syndrome. A combined approach, Am. J Surg 1984;148:111-6.
- Vanti N, Natalini, Toselli. Conservative treatment of Thoracic Outlet Syndrome. A review of the literature, Euro Medicophis 2007;43:55-70.

*Dott.ssa Mag.le Daugenti Antonella
Ft presso clinica "Giovanni Paolo II" - (Putignano)

**Dott. Cupertino Francisco Nicolaus
Ft presso clinica "Giovanni Paolo II" - (Putignano)

www.orthogea.com

ORTHOGEA®
OFFICINE ORTOPEDICHE
VERGATI

**All'avanguardia della
tecnica ortopedica**

LECCE
Info 0832.261178

BRINDISI
Info 0831.525538

OSTUNI
Info 0831.339077

**nuova filiale
MONOPOLI**
Info 080.9683578

MOV
LABORATORIO ORTOPEDICO

**MEDICAL ORTOPEDIA
VERGATI**

DROPPED HEAD SYNDROME

Dott. Ft. Alessandro Rahinò*

*Fisioterapista e Specialista in Scienze Riabilitative e in Coordinamento e Management Sanitario
Istituto S. Agostino - Noicattaro - BA

Head Dropped Syndrome è una particolare condizione clinica caratterizzata da grave debolezza dei muscoli della nuca. Ciò causa la caduta del capo in avanti in posizione eretta o seduta tale che il mento poggia sul petto. *Floppy Head Syndrome* e ptosi della testa sono altri nomi utilizzati per descrivere questa sindrome.

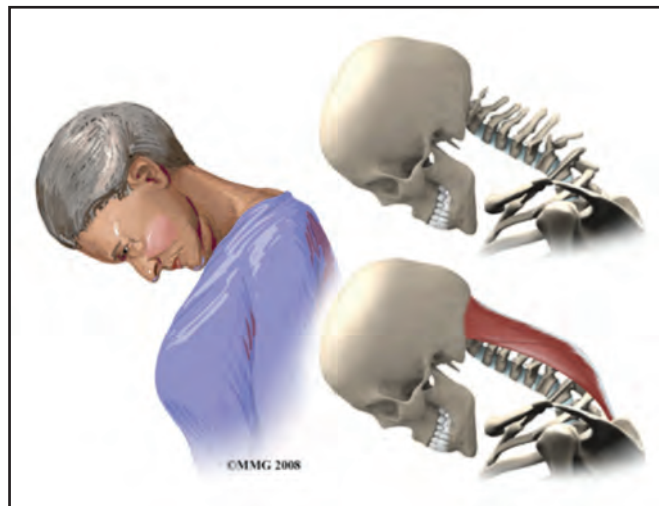
Nella maggior parte dei casi, la sindrome della testa cadente è causata da una specifica diagnosi neuromuscolare generalizzata. Quando la causa è idiopatica viene definita *miopatia isolata degli estensori del collo*, o INEM.

Spesso la sindrome della testa cadente è causata da una serie di quadri clinici che includono la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), nota anche come malattia di *Lou Gehrig*, malattia di Parkinson, miastenia grave, polimiosite, e miopatie genetiche. Altre cause specifiche possono includere malattie del motoneurone, ipotiroidismo, disturbi della colonna vertebrale, e cancro.

La forma INEM invece viene riscontrata in soggetti anziani. La debolezza dei muscoli della parte posteriore del collo solito avviene gradualmente in una settimana a tre mesi.

I sintomi della sindrome da testa cadente sono generalmente indolore. Spesso si verifica negli anziani. La debolezza è limitata ai muscoli che estendono il collo e si sviluppa nel corso di un periodo che va da una settimana fino a tre mesi. A causa della debolezza degli estensori del collo la testa è quindi inclinata verso il basso e il mento si appoggia sul petto. Da posizione seduta o in ortostasi sollevare la testa è impossibile.

Lo sguardo è rivolto verso il pavimento, anziché in avanti. Il volto è verso il basso. Il collo appare allungato e proiettato in avanti con conseguente appiattimento della lordosi cervicale. Ciò può causare un eccessivo allungamento del midollo spinale o conflitto con esso e quando accade si può associare sintomi neurologici tipo ipostenia e parestesie alle braccia o lungo tutto il corpo.



La Sindrome della testa cadente inoltre può causare difficoltà di deglutizione, di fonazione e di ventilazione a causa della posizione del capo ci appare chiaro come i canali respiratorio e digestivo vengono piegati e il lume si ostruisce.

La diagnosi inizia con una storia completa e un esame fisico obiettivo. Lo specialista raccoglie informazioni circa i sintomi e come il problema incide negativamente sulle attività del vivere quotidiano.

L'esame fisico obiettivo rappresenta il *primum movens*, informazioni riguardo i riflessi, la sensibilità e la forza muscolare danno le prime indicazioni sulla condizione del paziente. Segue poi un'indagine strumentale a conferma dell'ipotesi derivata dall'ispezione.

- ✓ Risonanza magnetica (MRI) del collo;
- ✓ Elettromiografia (EMG);
- ✓ Biopsia muscolare.

Le informazioni riguardo la struttura del collo, la funzionalità della componente nervosa e della fibra muscolare è utile nel fare una diagnosi.

È importante capire se la perdita di estensione del collo avviene come parte di un disturbo neurologico più generalizzato. Condizioni neurologiche devono essere considerate in primo luogo perché alcune sono curabili.



Se non si trovano altri disordini neurologici associati, allora la diagnosi di miopatia isolata agli estensori del collo (INEM) è fatta. Si tratta di una diagnosi di esclusione, il che significa che tutto ciò che potrebbe aver causato la caduta della testa sul petto è stato escluso. Non si sa che cosa causa isolato collo estensore miopatia (INEM).

Alcuni autori ritengono che l'INEM è causata da una risposta non infiammatoria o infiammatoria non specifica che è limitata ai soli muscoli estensori del collo. Un'altra possibile causa è la cifosi toracica. Quando aumenta la curva naturale della colonna toracica, può posizionare i muscoli estensori in una condizione biomeccanica di svantaggio dato il peso della testa. Questo può causare un eccessivo allungamento e debolezza dei muscoli estensori.

In generale l'INEM è considerata benigna, perché non si diffonde e non può peggiorare. In alcuni casi i sintomi possono migliorare e spesso vengono trattati in modo conservativo.

Il trattamento della sindrome della testa cadente è principalmente di supporto. La debolezza rimane localizzato ai muscoli estensori del collo, la terapia fisica può aiutare con questo, alcuni casi migliorano notevolmente, ma la maggior parte di solito non migliorano.

Il trattamento più utile è l'uso di un collare può

in parte correggere la deformità mento su petto. Questo migliora lo sguardo in avanti e con ricadute positive sulle attività della vita quotidiana. Tuttavia, può essere scomodo e causare piaghe da decubito sotto il mento. Alcuni usano un berretto da baseball attaccato al tronco tramite un rinforzo e questo evita il disagio sotto il mento che crea il collare.

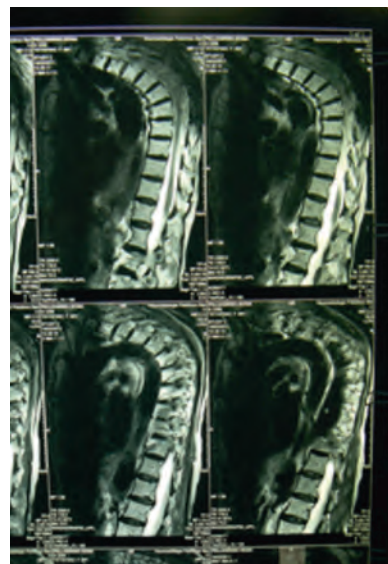
La terapia farmacologica d'elezione è la somministrazione di cortisonici, Prednisone per lo più, che può essere utile quando vi è una miosite locale.

L'intervento chirurgico solitamente non è raccomandato nella sindrome della testa cadente a meno che non si reputi necessario procedere con un artrodesi vertebrale a livello del tratto cervicale specie quando vi è un danno ai nervi cervicali o al midollo spinale. Questo di solito richiede una fusione da C2 - T2. La perdita di movimento del collo, dopo la fusione lascia i pazienti incapaci di vedere il terreno di fronte ai loro piedi esponendoli ad un maggior rischio di cadute.

Il disagio causato da avere un collo rigido può rivelarsi un problema più grande di quello originale. In casi di presenza di osteoporosi, in particolare nelle donne anziane può rappresentare un ostacolo serio al trattamento chirurgico.

Ma la terapia di elezione è la fisioterapia. Esercizi di rafforzamento dei muscoli estensori del collo possono fornire qualche miglioramento. Tuttavia, la maggior parte dei pazienti troveranno il rinforzo muscolare sia faticoso che frustrante. Utile, per mantenere la range di movimento è la mobilizzazione passiva del collo da supini. Ciò consente di evitare inutili rigidità e accorciamento dei muscoli nella parte anteriore del collo.

La gamma di esercizi di movimento deve essere effettuato su base continua per evitare retrazioni danni secondari da im-





mobilità ai tessuti molli del collo. Inoltre indossare un collare può aiutare a migliorare le attività della vita quotidiana.

Training logopedici invece possono essere indicati per la deglutizione, la fonazione e problemi di tipo respiratori. Alcune pazienti invece necessitano di essere alimentati attraverso la PEG.

Se è consigliato l'intervento chirurgico, si avrà probabilmente bisogno di una degenza in ospedale durante la notte e qualche giorno di ricovero. Inizialmente, sarà vietato di sollevarsi, e ci si potrà spostare con molta cautela. La ripresa della normale routine quotidiana potrà avvenire dai 3 ai 9 mesi dall'intervento.

Bibliografia:

- Suarez GA, Kelly JJ. The dropped head syndrome. *Neurology* 1992;42: 1625–7.
- Katz JS, Wolfe MD, Burns DK, et al. Isolated neck extensor myopathy: a common cause of dropped head syndrome. *Neurology* 1996;46:917–21.
- Umpathi T, Chaudhry V, Cornblath D, et al. Head drop and camptocormia. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:1–7.
- Leung H, Hui ACF, Kay R. The dropped head. *Pract Neurol* 2006;6:42–3.
- Petiot P, Vial C, de Saint Victor JF, et al. Dropped head syndrome: diagnostic discussion apropos of 3 cases. *Rev Neurol* 1997;153:251–5.
- Yoshiyama Y, Takama J, Hattori T. The dropped head sign in Parkinsonism. *J Neurol Sci* 1999;167:22–5.
- Brumback RA, Borge AF, Leech RW. Postpoliomyelitis amyotrophy with rod (nemaline) bodies in skeletal muscle. *Trans Am Neurol Assoc* 1980;105: 430–1.
- Hoffman D, Gutmann L. The dropped head syndrome with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Muscle Nerve* 1994;17:808–10.
- Goh KJ, Wong KT, Tan CT. Myopathic dropped head syndrome: a syndrome of mixed aetiology. *Gin Neurosci* 2000;7:334–6.
- Jaster JH, Bertorini TE, Swims MP, et al. Cervical kyphosis after resolution of myopathic head drop. *Spine* 1996;21:2023–5.
- Lomen-Hoeith C, Simmons ML, Dearmond SJ, et al. Adult-onset nemaline myopathy: another cause of dropped head. *Muscle Nerve* 1999;22:1146–50.
- Rose MR, Levin KH, Griggs RC. The dropped head plus syndrome: quantitation of response to corticosteroids. *Muscle Nerve* 1999;22:115–18.
- Baquis GD, Moral L, Sorrell M, et al. Neck extensor myopathy: a mitochondrial disease. *Neurology* 1997;48:A443.
- Karpati G, Carpenter S, Engel AG. The syndrome of systemic carnitine deficiency: clinical, morphologic, biochemical, and pathophysiological features. *Neurology* 1975; 25:16–24.
- Bleck TP. Dropped head syndrome. *Neurology* 1993;43:846.
- Biran I, Cohen O, Diment J, et al. Focal, steroid responsive myositis causing dropped head syndrome. *Muscle Nerve* 1999;22:769–71.
- Simmons EH, Bradley DD. Neuro-myopathic flexion deformities of the cervical spine. *Spine* 1988;13:756–61.
- Kawaguchi A, Miyamoto K, Sakaguchi Y, et al. Dropped head syndrome associated with cervical spondylotic myelopathy. *Spinal Disorder Tech* 2004;17:531–4.
- Amin A, Casey ATH, Etherington G. Is there a role for surgery in the management of dropped head syndrome? *Br J Neurosurg* 2004;18:289–93.
- Gaeta M, Mazziotti S, Toscano A, et al. "Dropped-head" syndrome due to isolated myositis of neck extensor muscles: MRI findings. *Skeletal Radiol* 2006;35:110–12.

<http://bit.ly/HdDLBj>

MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere

**SCOPRI
E ISCRIVITI**

STRATEGIE PER FISIOTERAPISTI

2 GIORNI DI FORMAZIONE A BARI

Sei un fisioterapista che in questo momento storico non riesce a trovare una collocazione lavorativa stabile e sicura?

Svolgi il tuo lavoro con dedizione e passione ma non basta a crearti una buona lista pazienti?

Vuoi più sicurezza nella valutazione, nella impostazione del piano terapeutico e nella somministrazione del giusto trattamento per il tuo paziente?

Non sei ancora iscritto? **AIFIDUNQUESONO.**



AIFIDUNQUESONO.

Sono per la riabilitazione al servizio dei cittadini.
Sono per l'autonomia e la responsabilità professionale.
Sono per la lotta all'abusivismo e per l'istituzione dell'Ordine Professionale.
Sono per la competenza e la cultura in riabilitazione.
Sono fisioterapista. Dunque Aifi.



PIU' VALE, PIU' VALI.

Se condividi gli orientamenti riportati nella locandina e sei per una riabilitazione corretta, competente, qualificata, in linea con l'Evidenza scientifica, è arrivato il momento di iscriversi.

L'AIFI garantisce, attraverso l'azione congiunta dei dirigenti Nazionali e Regionali, un impegno costante nei confronti del mondo politico e delle Istituzioni perché sia sempre meglio tutelata la figura del Fisioterapista e, con essa, la riabilitazione stessa.

L'AIFI Puglia, in linea con gli orientamenti nazionali, promuove la cultura e la ricerca in riabilitazione, offrendo gratuitamente ai propri iscritti corsi di aggiornamento/formazione. Tali corsi, oltre che essere momenti di formazione, sono un'importante occasione di incontro e di scambio di informazioni fra i colleghi che vi partecipano.

**Per essere aggiornati sulle proposte formative Aifi Puglia 2014 visitare il sito:
www.aifipuglia.it**

Per le iscrizioni all'associazione contattare la Segreteria Regionale (393.1039706) oppure contattare direttamente i responsabili provinciali:

BARI	Angela Amodio	329.0552108	bari@aifipuglia.it
BRINDISI	Piero Zaccaria	329.0552110	brindisi@aifipuglia.it
LECCE	Claudia Pati	329.0552109	lecce@aifipuglia.it
FOGGIA	Giulio Conticelli	329.0552106	foggia@aifipuglia.it
TARANTO	Massimo Matera	329.0552107	taranto@aifipuglia.it

